

見学申込書 デイサービスひだまり

FAX 番号：03-6751-1207

【見学希望者】

名 前	フリガナ	性 別	年 齢
		男 ・ 女	歳
住 所			
電話番号			
介護度	要支援 1 2 事業対象者 ○をつけてください 要介護 1 2 3 4 5		
見学希望 ※無料送迎致します	第一希望： 月 日 () □10:00 □14:00 第二希望： 月 日 () □10:00 □14:00 第三希望： 月 日 () □10:00 □14:00 同行者 □ 家族 () □ ケアマネジャー		
デイサービス 利用希望日	() 曜日 □午前 (9:15-12:20) □午後 (12:20-16:40) () 曜日 □午前 (9:15-12:20) □午後 (12:20-16:40)		
既往歴・ 注 意事項・希望 等			

【介護支援専門員、ケアマネジャー】

事業所名	
担当者名	
電話番号	